

神戸市病児保育事業 利用登録票

令和 年 月 日 記入

記入者名 \_\_\_\_\_

フリガナ氏名		男女	愛称	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
住所	〒				TEL
家庭医名	TEL		保育所等名	TEL	
家族の状況	父・氏名	( 歳)	勤務先名	TEL	
	母・氏名	( 歳)	勤務先名	TEL	
	兄弟姉妹	歳(男・女)		歳(男・女)	歳(男・女)
緊急時の連絡先	氏名	TEL		(対象児との続柄 )	
周産期	・妊娠中の異常 なし・あり ( ) ・出生時体重 g ・出産は(予定どおり・ 日早かった・遅かった) (在胎 週) ・出産時の異常 なし・あり( )				
乳児期の発達	・首のすわり ( カ月) ・おすわり ( カ月) ・一人歩き ( カ月) ・発達の遅れ(疑いあり ・ なし) ・栄養法 (母乳 ・ 人工 ・ 混合) ・離乳食開始時期 (前期 : カ月) (中期 : カ月) (後期 : カ月) (幼児食 : 歳 カ月) ・初語(意味のある言葉) ( 歳 カ月)				
予防接種	BCG	未 ・ 済			
	MR(麻しん・風しん)	未 ・ 1期済 ・ 2期済			
	ポリオ(□生ワク □不活化) ※四種混合接種者は記入不要	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 4回目済			
	□三種 □四種 混合	未 ・ I期1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 追加			
	日本脳炎	未 ・ I期1回目済 ・ 2回目済 ・ 追加済			
	ヒブワクチン	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 4回目済			
	肺炎球菌	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 4回目済			
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済			
	水痘	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済			
	B型肝炎(HB)	未 ・ 済			
その他	( )				
既往歴	・麻しん(はしか) ・水痘(水ぼうそう) ・風しん ・百日咳 ・てんかん ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・川崎病 ・熱性けいれん ・気管支喘息 ・結核 ・アトピー性皮膚炎 ・その他 ( )				
食事	嫌いな食べ物 ( ) アレルギー等で制限している食品があれば、具体的に記入してください。				
その他	配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入してください。 (生まれつきの病気や手術歴・既往歴・気になる発達の状況など)				